

## Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

Anschrift der Pflegekasse

### Angaben der/des Pflegebedürftigen

Name, Vorname

Geburtsdatum

Vers.-Nr.

Anschrift (Straße, PLZ, Ort)

Ich habe einen Betreuer. (bitte Kopie des Betreuer-Ausweises beifügen)

Ich habe einen Bevollmächtigten. (bitte Vollmacht beifügen)

Name, Vorname

Anschrift (Straße, PLZ, Ort)

Telefonnummer

Erstantrag    Einstufung in einen höheren Pflegegrad    Änderung ab:

Ich beantrage folgende Leistungen:

- |                                                 |                                                                            |
|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pflegesachleistung     | Pflege durch einen zugelassenen Pflegedienst                               |
| <input type="checkbox"/> Geldleistung           | für die Pflege durch eine private Pflegeperson                             |
| <input type="checkbox"/> Kombinationsleistung   | Pflege durch einen zugelassenen Pflegedienst und eine private Pflegeperson |
| <input type="checkbox"/> Tages- und Nachtpflege | Pflege in einer teilstationären Pflegeeinrichtung                          |
| <input type="checkbox"/> vollstationäre Pflege  | Pflege in einer vollstationären Pflegeeinrichtung                          |

Die Pflegetätigkeiten werden durchgeführt von

- Pflegedienst    DomusVita Pflegedienst – Baumschulenstr. 24, 12437 Berlin – 030 / 53 00 555 0

private Pflegeperson

Name, Vorname, Anschrift

Geburtsdatum

Telefonnummer

Die beantragte Geldleistung soll auf folgendes Konto überwiesen werden

Name, Vorname

Name des Geldinstitutes

IBAN

BIC

Angaben der/des behandelnden Arztes/Ärztin

Name, Vorname des Hausarztes/Facharztes

Anschrift (Straße, PLZ, Ort) des Hausarztes/Facharztes Telefonnummer

Terminabsprachen mit dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK)

Ich wünsche eine Terminabsprache für einen Hausbesuch des Gutachters des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung mit:

Name, Vorname, Anschrift

Telefonnummer

Ich erteile meinen behandelnden Ärzten, mich betreuenden Pflegekräften, Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen, dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) Auskünfte über die für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit wichtigen Erkrankungen, sowie Art, Umfang und Dauer der Hilfebedürftigkeit zu erteilen. Des Weiteren dürfen sie entsprechende Unterlagen zur Verfügung stellen, die zur Aufgabenerfüllung der Pflegekasse und/oder des MDK für den konkreten Einzelfall benötigt werden.

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift des/der Leistungsnehmers/in /Bevollmächtigten /Betreuers/-in